

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Emile-Alphonse TUROTTE

Né le 1^{er} Juin 1912 à Violaines (Pas-de-Calais)

Le pronostic foetal
DANS
l'accouchement par le siège

ETUDE DE LA STATISTIQUE
DE LA MATERNITE DE L'HOTEL-DIEU

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

093



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547527_0028

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Emile-Alphonse TUROTTE

Né le 1^{er} Juin 1912 à Violaines (Pas-de-Calais)

Le pronostic foetal DANS l'accouchement par le siège

ETUDE DE LA STATISTIQUE
DE LA MATERNITE DE L'HOTEL-DIEU

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPEP.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMTIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOUVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEIOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathol. expérimentale
LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
LEVEUF	Pharmacologie.
MII J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
MENEGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgic.
MOULONGUET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
PIEDELIEVRE	Obstétrique.
PORTES	Ophthalmologie.
RENARD	Physiologie.
RICHET	Chimie biologique.
SANNIE	Pathol. expérimentale
SENEQUE	Pathologie médicale.
TROISIER	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Pathologie chirurgic.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME CHÉRIE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage très respectueux.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHIRIÉ

Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

*En témoignage de profonde gratitude pour
l'éducation obstétricale qu'il m'a donnée.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DIGONNET

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
m'a guidé de ses conseils dans son éla-
boration. Je lui témoigne ma profonde
reconnaissance pour sa grande bienveil-
lance et pour l'enseignement très précieux
que je lui dois.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Il nous paraît intéressant, après plusieurs années de directives constantes dans le service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, d'étudier les pronostics des accouchements par le siège.

On sait que l'accouchement par le siège est dangereux pour l'enfant qui risque d'être traumatisé au cours des manœuvres d'extraction, y compris la simple manœuvre de Mauriceau.

Un grand nombre d'enfants meurent au cours de l'accouchement par le siège en raison des fautes d'indication pour l'intervention ou de fautes faites à l'occasion des manœuvres d'extraction.

Dans le service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, on a cherché à limiter les manœuvres de grande extraction et, d'autre part, appliquer une bonne technique de l'accouchement simple par le siège.

HISTORIQUE

En tous temps l'accouchement par le siège a eu une mauvaise réputation. Les premiers auteurs se bornaient à en constater le caractère vicieux et à déplorer la mort du fœtus qu'ils croyaient due à l'asphyxie.

Au xvi^e siècle, la technique obstétricale n'était pas encore fixée et l'opérateur agissait à sa guise. Ce qui les préoccupait uniquement était la délivrance de la mère.

Guillemeau, élève d'Ambroise Paré, formula le premier quelques conseils. Puis ce fut Mauriceau qui s'inquiéta du sort de l'enfant et chercha une méthode. A son avis, il fallait toujours recourir à la grande extraction.

« L'opération qui convient à l'extraction de l'enfant est assez facile, à cette occasion si on fait comme j'ai coutume de le faire et qui est qu'il faut faire en sorte qu'en tirant l'enfant qui se présente par le cul, il vienne la face en dessous ; car comme nous l'avons dit, lorsqu'il vient ainsi par le cul, ayant la face et les pieds vers le ventre de la mère, si en tirant de cette sorte en ligne droite, sans le retourner peu à peu, à mesure qu'on en fait l'extraction, la face étant ainsi en dessus dans sa première posi-

tion, le menton de l'enfant s'accrocherait au dessus de l'os pubis et la tête serait arrêtée au passage où il périrait très promptement. » (Mauriceau, Tome II, Observation XLVI).

« J'ai accouché une femme d'un enfant mort dont la tête et les bras étaient restés dans le passage depuis une heure et demie. La sage-femme qui assistait cette femme avait bien tenté de le tirer par les pieds à cause qu'il était présenté le cul devant » (Mauriceau, Tome II, Observations LXI).

Ce qui l'inquiétait surtout c'était un défaut de rotation de la tête. Quant au relèvement des bras, il paraissait s'en soucier fort peu.

« Aussitôt que j'eus reconnu cette mauvaise situation de la tête de l'enfant, je la redressai à ce qui était convenable après avoir dégagé au passage les bras de l'enfant l'un après l'autre pour me donner lieu d'introduire plus facilement le doigt indice de la main droite dans la bouche de l'enfant ; duquel doigt j'accrochais la mâchoire inférieure, pour tourner peu à peu la tête à proportion que de toute la main gauche je soutenais et faisais tourner en même temps tout le corps de l'enfant du même côté de la face, après quoi je tirais facilement cette tête hors du passage où elle avait retenu en mauvaise situation. » (Mauriceau, Tome II, Observation LVI).

En même temps il s'insurgeait contre les chirurgiens et sages-femmes qui s'obstinaient à pratiquer sans méthode.

Plus tard, Mme Lachapelle présenta la première des statistiques. Depuis, elles ont fort peu varié.

Mme Lachapelle a une proportion de 1 mort pour 7 accouchements.

Dubois, de 1 pour 11 accouchements.

Demelin a une mortalité qui varie de 1 sur 4 à 1 sur 11.

Studdiford a une mortalité de 6,2 % à 16,4 %.

Dans cette dernière statistique, sur 32 autopsies, 6,25 % de la mortalité sont dus à des malformations incompatibles avec la vie. Parmi les autres, 6,25 seulement à des lésions obstétricales.

G. Poulain, dans sa statistique de la clinique Tarnier, donne :

12,5 % de mortalité fœtale chez les primipares.

9,6 % de mortalité chez les multipares.

Goldstein, dans sa statistique de la Pitié, donne :

Une mortalité de 10,27 % chez les primipares, et de 10,49 % chez les multipares.

Ne comptons plus les accouchements de femmes syphilitiques et les accouchements prématurés, et la mortalité n'est plus que de 8,29 %.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE ANALYTIQUE D'ENSEMBLE

Nous avons pu réunir 127 observations de présentation du siège à la Maternité de l'Hôtel-Dieu sur un ensemble de 5.500 accouchements.

Les résultats globaux donnent une mortalité maternelle nulle, une mortalité fœtale de 13.

Au point de vue terminaison, on note :

- 114 accouchements spontanés,
- 12 grandes extractions,
- 1 césarienne.

Le traitement employé est, selon la circonstance, ou obstétrical ou chirurgical. Et tantôt l'accouchement ne présente pas de difficultés particulières et se termine spontanément ou simplement à l'aide d'une manœuvre de Mauriceau, ou bien il y a nécessité d'intervention.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DES ACCOUCHEMENTS SIMPLES

FRÉQUENCE

Dans notre statistique, l'accouchement a été facile dans 114 cas.

12 fois il s'est terminé spontanément.

101 fois il s'est terminé par une manœuvre de Mauriceau.

1 fois il a fallu une manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES.

ÉTIOLOGIE

1° *Du côté maternel :*

Au point de vue parité, on relève :

51 primipares,

63 multipares.

3 fois le placenta est inséré sur le segment inférieur.

1 fois il est presque marginal.

2° *Du côté du fœtus :*

6 enfants sont des prématurés,
88 sont nés au neuvième mois de gestation.
4 au cours du huitième mois,
2 sont morts et macérés,
14 nés d'une gestation gémellaire.

Quant au volume :

11 enfants pèsent moins de 2.000 grammes,
48 enfants pèsent entre 2.000 et 3.000 gr.
52 enfants pèsent entre 3.000 et 3.200 gr.
3 enfants pèsent plus de 3.500 grammes.

3° *Du côté des annexes.*

On a relevé une fois, au cours du huitième mois, un excès de liquide se manifestant par une augmentation brusque du volume de l'utérus et une tension permanente de la paroi. On n'a pas trouvé de signes de spécificité. La grossesse est unique.

MÉCANISME D'ACCOUCHEMENT

1° *La dilatation.*

La durée de la dilatation a été la suivante :

Chez les 51 primipares :

39 fois, inférieure à 19 heures,
11 fois, comprise entre 19 et 31 heures,
1 fois, elle a duré 36 heures.

Chez les 63 multipares :

- 60 fois, inférieure à 11 heures,
- 1 fois, elle a duré 13 heures 40,
- 1 fois, elle a duré 22 heures.
- 1 fois, elle a duré 25 heures.

2° *Rupture des membranes.*

- 8 fois, la rupture fut prématurée,
- 15 fois, artificielle à dilatation complète.
- 31 fois, précoce,
- 60 fois, tempestive,

3° *La variété de présentation.*

On trouve 36 sièges complets, dont :

- 14 chez les primipares,
- 22 chez les multipares.

73 sièges décomplétés mode des fesses, dont :

- 37 chez les primipares,
- 41 chez les multipares.

4° *Le dégagement s'est fait :*

- 12 fois spontanément,
- 101 fois aidé par une manœuvre de Mauriceau,
- 1 fois il a nécessité une manœuvre de Champetier de Ribes.

5° *La délivrance est :*

- 113 fois naturelle,
- 1 fois artificielle pour hémorragie.

PRONOSTIC

1° *Pour la mère.* Mortalité nulle.

Morbidité : une phlébite au bout du 11^e jour, et la femme est sortie au bout de 6 semaines.

4 suites de couches fébriles.

10 déchirures incomplètes du périnée.

L'épisiotomie qui est pratiquée presque systématiquement n'a donné aucun accident dans les suites de couches.

2° *Pour l'enfant.* Mortalité : 12 enfants sont morts. Sur ces 12 décès, nous trouvons :

1 anencéphale,

1 imperforation anale,

1 enfant mort dans les suites de couches à la suite d'un ictère syphilitique,

1 accouchement fait en ville.

Restent 8 décès imputables à l'accouchement par le siège pratiqué dans le service.

1 enfant est mort à la suite d'une dystocie de la tête dernière par relèvement des bras chez une primipare âgée.

1 enfant est mort par dystocie de la tête dernière au détroit supérieur chez une primipare. Le docteur Dignonnet, appelé d'urgence par l'interne de garde, ne put faire la manœuvre de Champetier de Ribes que sur un enfant mort.

2 enfants nés en état de mort apparente avec pâleur accentuée ne purent être ranimés ; un chez une multipare et l'autre chez une primipare.

2 autres enfants nés en état de mort apparente, tous deux de primipares et ranimés, décédèrent au bout de quelques heures.

1 enfant est mort dans les suites de couches à la suite d'un phlegmon du plancher de la bouche survenu après une manœuvre de Mauriceau brutale chez une primipare.

1 enfant né d'une multipare mourut de broncho-pneumonie.

Morbidité. On note :

2 élongations du plexus brachial avec paralysie transitoire.

1 section de la joue à partir de la commissure labiale au cours d'une épisiotomie.

1 fracture de la clavicule au cours de l'extraction d'un gros fœtus.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

FRÉQUENCE

Sur 127 accouchements par le siège on a été amené à intervenir 13 fois.

12 fois, on pratiqua la grande extraction,

1 fois, on pratiqua l'opération césarienne.

INDICATION

L'opération césarienne fut nécessitée par un fibrome proevia.

Les grandes extractions furent indiquées :

5 fois pour procidence du cordon,

4 fois pour souffrance fœtale,

3 fois pour arrêt de la progression, 2 heures après dilatation complète.

ETIOLOGIE

1° *Du côté maternel.*

Au point de vue de la parité, on relève :

8 primipares,

5 multipares.

Au point de vue du bassin, on relève :

2 bassins rétrécis dont le diamètre promonto-sous-pubien est compris entre 10 et demi et 11 centimètres.

On trouve également une tumeur proevia.

2° *Du côté du fœtus.*

La gémellité est en cause une fois.

1 enfant pèse moins de 2.500 grammes.

4 enfants ont un poids variant entre 2.500 et 3.000 grammes.

7 enfants ont un poids variant entre 3.000 et 3.500 grammes.

1 enfant pèse 4.970 grammes.

3° *Du côté des annexes.*

On a relevé deux circulaires du cordon ayant entraîné la souffrance fœtale.

On a trouvé 5 procidences du cordon.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

1° *La dilatation.*

La durée de la dilatation a été la suivante :

Chez les primipares :

2 fois, inférieure à 19 heures,

3 fois, entre 19 et 30 heures,

3 fois, supérieure à 30 heures.

Chez les multipares :

- 4 fois, inférieure à 15 heures,
- 1 fois, elle a duré 47 heures.

2° *Variété de position.* On trouve :

- 4 sièges complets.
- 3 sièges décomplétés, mode des fesses,
- 1 siège décomplété, mode des pieds.

3° *Dilatation.*

- 3 fois, la dilatation fut artificielle : manuelle jusqu'à grande paume, ensuite incisions médianes du col : antérieure et postérieure.

4° *Rupture des membranes.*

- 1 fois, la rupture fut prématurée,
- 2 fois, précoce,
- 4 fois, tempestive,
- 6 fois, artificielle à dilatation complète.

5° Les autres temps de l'accouchement rentrant dans la technique opératoire n'ont pas à être étudiés ici.

PRONOSTIC

1° *Pour la mère :*

Mortalité nulle.

Morbidité : Suites opératoires normales, pour
l'opérée de la césarienne,
Deux fois suites de couches fébriles,
Pas de déchirures du périnée,
Pas de lésions utérines.

2° *Pour l'enfant :*

Mortalité : un cas.

Au cours des 12 grandes extractions, on n'a relevé qu'un seul décès : enfant né en état de mort apparente, ranimé au bout de 2 heures de soins, et décédé quelques heures après.

Cette grande extraction avait été indiquée pour procidence du cordon.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

L'étude analytique nous a amené à diviser la présentation du siège en 2 groupes : d'une part le groupe des accouchements se terminant spontanément ou à l'aide d'une manœuvre simple ; de l'autre le groupe des accouchements dystociques nécessitant une intervention obstétricale ou chirurgicale.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DES ACCOUCHEMENTS SIMPLES

FRÉQUENCE

L'accouchement se termine rarement spontanément. Il faut le plus souvent s'aider d'une épisiotomie et d'une manœuvre de Mauriceau.

ETIOLOGIE

1° *Au point de vue maternel.*

La parité semble avoir peu d'influence et nous trouvons un nombre sensiblement égal de primipares et de multipares.

On trouve une tumeur proevia et quelques insertions basses du placenta.

2° *Du côté du fœtus.*

Nous n'avons pas de monstruosité à signaler ayant pu entraîner une présentation du siège.

La gémellité fournit un dixième de nos observations.

3° *Du côté des annexes.*

Une seule observation d'hydramnios.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

1° La dilatation : elle a une durée sensiblement plus longue que celle attribuée aux accouchements par le sommet.

Cette durée de dilatation est nettement plus longue chez la primipare que chez la multipare :

18 heures environ chez les primipares,
10 heures environ chez les multipares.

2° La variété de présentation :

Nous trouvons 2 fois plus de sièges décomplétés que de sièges complets.

3° La délivrance ne présente pas d'anomalies particulières.

PRONOSTIC

1° Le pronostic maternel est excellent tant au point de vue mortalité qu'au point de vue morbidité.

Pas de lésions périnéales importantes, les épisiotomies restant en définitive seules en ligne de compte.

Peu de suites de couches fébriles.

2° Le pronostic fœtal est nettement moins bon :

a) Au point de vue mortalité, nous avons encore un pourcentage élevé malgré les efforts tentés dans le service,

La parité nous paraît avoir une grande importance : sur les 8 enfants décédés, six sont nés de primipares.

Les difficultés inhérentes à la présentation du siège n'entrent que pour une faible part. Nous avons :

1 Champetier de Ribes, qu'un opérateur compétent sût mener à bien mais malheureusement sur un enfant mort : avant son arrivée, plusieurs tentatives d'extraction avaient échoué.

1 relèvement des bras qui entraîna la mort de l'enfant.

Les fautes de technique semblent prédominer dans le pronostic de la mortalité fœtale :

Sans compter le phlegmon du plancher de la bouche consécutif à une érosion du sillon gingivolingual au cours d'une manœuvre de Mauriceau, il reste 4 décès sur 8 qui sont dus à des syncopes blanches. Il est regrettable à ce sujet que des autopsies systématiques n'aient pas été pratiquées. Néanmoins on croit pouvoir mettre en cause l'élongation du bulbe après traction sur le cou.

b) Au point de vue morbidité : le pronostic semble également pouvoir être amélioré :

On trouve un cas de section de la joue à partir de la commissure labiale au cours d'une épisiotomie et deux paralysies transitoires par élongation du plexus brachial.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

INDICATION

La moitié des grandes extractions furent pratiquées pour procidence du cordon.

Un tiers fut pratiqué pour arrêt du travail.

Nous rappelons que nous considérons le travail arrêté quand après dilatation complète le fœtus ne progresse plus depuis 2 heures.

Le reste des grandes extractions fut pratiqué pour souffrance fœtale.

ÉTIOLOGIE

Du côté maternel.

Ici la parité intervient au premier chef.

La majorité des grandes extractions a lieu chez les primipares.

Dans une des présentations du siège, une césarienne a été faite, mais à cause d'un fibrome proevia.

Du côté foetal.

En général gros enfants. Pas de malformations.

Du côté des annexes.

Les circulaires du cordon amenant une souffrance fœtale, nous ont conduit à intervenir.

La procidence du cordon assez fréquente dans la présentation du siège amène à elle seule à peu près la moitié de l'indication de la grande extraction.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

La dilatation a dû être souvent complétée artificiellement. Dilatation manuelle, jusqu'à grande paume suivie d'incisions médianes du col antérieures et postérieures.

Les membranes se rompent une fois prématurément et deux fois précocement.

PRONOSTIC

Pour la mère. Bon tant au point de vue mortalité qu'au point de vue morbidité.

Pour l'enfant. Pronostic bon également, bien que nous accusions un pourcentage de 8,4.

En effet, si sur 13 grandes extractions nous avons un décès, ce dernier ne peut être imputé aux manœuvres obstétricales. Dans notre observation, la procidence du cordon semble être seule en cause (observation n° 3).

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE CRITIQUE

Après cette étude des accouchements du siège à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, deux faits principaux attirent l'attention :

1° La mortalité fœtale reste élevée et notre statistique ne diffère guère de celle que publia Mme Lachapelle, qui est de 13 %.

2° Dans ce service hospitalier, la mortalité porte surtout sur les sièges normaux. Alors que toutes les conditions sont réalisées pour que l'accouchement se fasse normalement, on a des décès ; par contre, dans les cas de grande extraction avec souffrance fœtale, travail arrêté, la mortalité est relativement peu élevée.

POURQUOI ?

En premier lieu, on peut se demander si le mécanisme naturel a toujours été bien respecté. La multiplicité des opérateurs rend cette recherche difficile.

En second lieu, nous avons été frappé en relevant notre statistique de voir que la mortalité a

varié suivant certaines périodes. Ainsi la mortalité qui s'est abaissée depuis 1935 jusqu'à la fin 1936 et début 1937 semble remonter à l'heure actuelle.

Enfin en troisième lieu. Nous avons remarqué que si l'accouchement simple est pratiqué par un grand nombre d'opérateurs, par contre les grandes extractions ne le sont que par des opérateurs plus compétents.

De toutes façons, il est certain que le pronostic peut être amélioré ; il suffit pour s'en convaincre de comparer cette statistique aux statistiques personnelles de nos maîtres dans les hôpitaux. M. le docteur Dignonnet a eu l'obligeance de nous communiquer la sienne : la mortalité est nulle.

L'accouchement du siège qui porte déjà en lui un pronostic sérieux du fait des accidents qui peuvent traumatiser le fœtus au cours de son trajet dans les voies génitales maternelles, notamment lors du dégagement de la tête dernière, voit son pronostic s'assombrir encore du fait de l'opérateur.

L'opérateur a une grosse responsabilité et dans bien des cas la vie de l'enfant est entièrement entre ses mains.

Il est donc nécessaire de suivre une technique parfaitement correcte.

Cette technique est bien connue. Pourtant il nous semble qu'une modification apportée dans certains points de détails serait susceptible d'améliorer le pronostic.

MOYENS PRÉCONISÉS POUR AMÉLIORER LE PRONOSTIC

1° *Préventivement* :

La présentation du siège diagnostiquée, la version par manœuvre externe doit toujours être tentée ; on doit insister même au voisinage de l'accouchement.

Si dans une première séance on n'obtient pas de résultats, il faut mettre la femme au repos dans le lit pendant deux ou trois jours et alors recommencer ; dans ces conditions, on réussit bien souvent la version après évacuation de l'intestin et de la vessie. On termine par la mise en place d'une ceinture eutocique.

2° *Au cours de l'accouchement du siège normal* :

Dans l'accouchement simple du siège, il faut se garder d'intervenir ; les manœuvres à faire sont : l'anse au cordon et la manœuvre de Mauriceau.

La manœuvre de Mauriceau doit être exécutée suivant la technique classique :

flexion de la tête,

rotation de la tête amenant le menton en arrière.

Cette manœuvre doit être connue dans ses moindres détails :

Introduction de la main la plus commode qui

par sa face palmaire regardera la face ventrale du fœtus.

La bouche est trouvée sur le côté. Introduction de deux doigts profondément dans la bouche du fœtus jusque sur la base de la langue.

Traction sur le menton de façon à l'approcher du sternum.

Rotation de la tête en imprimant avec la main un mouvement tendant à ramener le menton directement en arrière tout en maintenant la flexion par traction continue.

Dégagement en prenant bien garde d'abord de tirer très en bas pour fixer le sous-occiput sous la symphyse pubienne, ensuite de relever progressivement le sens des tractions de façon à dégager d'abord le menton puis la face et enfin le front.

Au cours de cette manœuvre de dégagement il est essentiel que les tractions se maintiennent permanentes de façon à éviter que la tête ne s'éloignât vers la profondeur, ce qui amènerait un axe de rotation cervical au lieu d'un axe de rotation sous-occipital : les diamètres suivant lesquels la tête se dégagerait seraient des diamètres *cervico-mento-facio-frontaux*, au lieu d'être des diamètres *sous-occipito-mento-facio-frontaux*.

Au cours de cette manœuvre, le fœtus doit être placé sur l'avant-bras et aucune des manœuvres exercées ne doit amener des tractions sur la colonne cervicale. Suivant l'enseignement de Couvelaire, ces

tractions sur le cou provoquent une élongation de la moelle cervicale et du bulbe qui lèse irrémédiablement le fœtus. C'est à ce moment précis de l'extraction de la tête dernière que l'enfant risque de mourir.

Suivant l'enseignement de mon maître le Docteur Digonnet, il ne faudra donc pas placer la main restée libre, sur les épaules du fœtus dans les fosses sus-épineuses, ce qui amènerait fatalement, en cas de difficulté, l'élongation bulbaire que l'on cherche à éviter. La main restée libre est placée sur l'abdomen de la femme et cette main exerce une expression modérée qui facilite énormément l'extraction.

Durant cette manœuvre, un aide a pour mission de soutenir légèrement l'enfant par les pieds, mais ne doit à aucun prix exercer de traction.

Cette manœuvre permet d'éviter complètement toute traction sur le cou, car l'enfant est mû à tergo et non à fronte.

Nous avons pu voir un certain nombre d'enfants nés à l'état de mort apparente avec pâleur extrêmement accusée, qui ont été ranimés rapidement et qui ont survécu en bonne santé.

Certaines techniques doivent encore être conseillées en cas de présentation du siège.

1° La dilatation vaginale chez la primipare à l'aide d'un gros ballon placé dès la dilatation de 5 francs, membranes intactes (Couvellaire).

2° Des « épisiotomies systématiques » pratiquées surtout chez la primipare, simples ou bilatérales suivant la résistance des tissus.

Cette intervention permettra d'avoir de grandes facilités d'extraction de la tête dernière et permettra d'éviter les déchirures compliquées du périnée si fréquentes dans la présentation du siège.

3° *Au cours des grandes extractions du siège.*

Pour ce qui est de la grande extraction du siège, sa technique est délicate. Elle est suffisamment décrite dans les livres, néanmoins nous jugeons bon de faire quelques remarques.

Nous proscrivons formellement le forceps sur siège décomplété.

a) on a pu toujours dans nos observations extraire l'enfant, soit grâce aux tractions inguinales à l'aide des doigts, et en s'aidant de débridements périnéo-vaginaux lorsque le siège était profondément engagé ;

soit par la manœuvre de Mantel-Pinard, quand le siège était moins profondément engagé.

b) pour éviter le relèvement des bras, il est nécessaire de pratiquer des tractions au moment même des contractions : notion classique mais souvent oubliée.

Dans le cas où il est nécessaire de pratiquer une extraction rapide et de tirer entre les contractions, il est utile de faire pratiquer une expression modérée de façon à maintenir l'inflexion du fœtus.

La manière de pratiquer cette expression mérite d'être précisée. On sait en effet que l'expression peut être dangereuse et on a signalé des cas de rupture utérine.

Elle ne sera pas pratiquée comme on le voit faire quelquefois à l'aide des deux poings appliqués sur le fond utérin. Cette manœuvre amène en effet une augmentation de la pression au niveau d'un segment inférieur très aminci.

Elle sera faite à l'aide des deux mains largement étalées et placées de part et d'autre de la ligne médiane au-dessus de la symphyse pubienne dans la partie basse de l'utérus. Ainsi pratiquée cette expression n'est pas dangereuse et évite dans un grand nombre de cas le relèvement des bras.

OBSERVATIONS

N° 1. — Primipare de 25 ans.

Présentation siège décomplété mode des fesses.

Durée de la dilatation : 5 heures 50.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Rupture de la poche des eaux spontanée précoce.

L'extraction de la tête dernière fut pratiquée à l'aide de la manœuvre de Mauriceau.

Pas d'épisiotomie.

Naissance d'un enfant pesant 2.750 grammes.

Dans les jours qui suivent la naissance, l'enfant présente une induration rougeâtre de la région sous-angulo-maxillaire et sus-hyoïdienne du côté gauche.

Le point de départ peut être attribué à une lésion du plancher de la bouche avec plaie suppurante du sillon gingivo-lingual du côté gauche.

L'évolution de ce phlegmon du plancher de la bouche était accompagnée d'arrêt de l'accroissement pondéral, puis de la chute du poids en même temps que d'élévation thermique.

L'induration s'est étendue progressivement dans les jours suivants vers la région cervicale, atteignant la base du cou puis dépassant la clavicule jusqu'à la paroi thoracique.

Malgré les incisions répétées à mesure que s'étendait la lésion inflammatoire, l'enfant meurt le 20^e jour après sa naissance.

N^o 2. — Primipare de 21 ans.

Grossesse gémellaire.

Premier fœtus :

Présentation : siège complet.

Début du travail : à 6 heures ; à 17 heures, dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Un pied apparaît à la vulve.

Épisiotomie bilatérale.

Apparition de l'ombilic et anse au cordon.

Dégagement simple du bras antérieur puis du bras postérieur.

La tête reste accrochée au détroit supérieur.

L'extraction de la tête dernière est impossible.

Les bruits du cœur disparaissent.

Malgré de fortes tractions sur l'enfant mort, la tête ne peut être extraite, on appelle le docteur Digonnet.

18 heures, arrivée du docteur Digonnet qui fait une manœuvre de Champetier de Ribes, un enfant pesant 3.150 grammes est extrait sans difficulté, la tête dernière.

Deuxième fœtus : monstre.

Grossesse unichoriale-biammiotique.

N° 3. — Multipare de 38 ans.

3 accouchements prématurés à 7 et 8 mois

2 enfants vivants bien portants.

1 enfant mort d'une méningite à 9 mois.

A 2 heures 15, rupture spontanée de la poche des eaux avec *procidence du cordon*.

Dilatation entre 1 et 2 francs. Pas de contractions utérines douloureuses.

Les bruits du cœur fœtal sont très ralentis et irréguliers.

On essaye plusieurs fois de réduire la procidence du cordon.

A 2 heures 45 : dilatation manuelle jusqu'à dilatation complète, à ce moment, on perçoit quelques battements cardiaques, on procède à la grande extraction, qui ne présente aucune difficulté particulière.

Naissance d'un enfant qui présente de rares battements cardiaques et qui ne peut être ranimé.

N° 4. — Multipare de 27 ans.

Première grossesse, accouchement normal, enfant mort à la suite d'une broncho, à l'âge de 7 mois.

A 10 heures, elle entre dans le service.

Présentation d'un siège décomplété, mode des fesses.

Bruit du cœur bon.

Les membranes se rompent spontanément.

Il s'écoule un liquide teinté de méconium.

Dilatation, petite paume.

A 13 heures, accouchement, manœuvre facile.

Durée de l'expulsion : 15 minutes.

Extraction d'un enfant pesant 2.150 grâmmes.

Poids de l'arrière-faix : 650 *grammes*.

Suites de naissance :

2° jour : l'enfant présente un ictère très marqué avec une température de 36°9.

Gros foie, grosse rate.

Allaitement maternel.

Comme traitement, on lui fait des frictions mercurielles, on lui injecte 40 centimètres cubes de sérum glucosé et 2 centimètres cubes de sang maternel.

Même traitement pendant trois jours, le 5° jour, l'enfant fait une hémorragie ombilicale et meurt à 16 heures.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'accouchement par le siège, le pronostic fœtal mérite de retenir tout particulièrement notre attention.

II. — On note une mortalité globale de 10 % à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Expurgée, cette mortalité est de 7,8 %.

Sur 13 grandes extractions : 1 mortalité. Cependant, cette mortalité ne nous permet pas de généraliser, car :

- 1° Nous n'avons pu réunir qu'un petit nombre d'observations ;
- 2° La mortalité nous paraît avoir été provoquée plutôt par la procidence du cordon que par les manœuvres obstétricales.

III. — Ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux publiés dans les statistiques des autres services hospitaliers. Mais de l'avis de nos maîtres dans les hôpitaux, nos statistiques sont très différentes des leurs.

IV. — La nécessité d'une bonne technique est ici essentielle. Il faut suivre le mécanisme naturel d'accouchement et n'intervenir qu'à deux moments :

1° Faire l'anse au cordon ;

2° Aider au dégagement de la tête dernière par une manœuvre de Mauriceau correcte.

V. — L'accouchement par le siège présentant non seulement ses dangers propres, mais encore les inconvénients d'un manque d'habileté professionnelle, nous nous efforcerons de l'éviter le plus souvent possible.

VI. — La version par manœuvre externe reste encore, quand elle est possible, une thérapeutique prophylactique des plus efficaces.

VII. — Dans les présentations du siège faciles, la césarienne n'a pas d'indications.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

PRÉSENTATION DU SIÈGE

- J. ANDERODIAS et G. PERY. — Les indications de la césarienne segmentaire dans les présentations du siège (IX^e Cong. de gynéc. et d'obstét. de la langue française ; Alger, 15-16 et 17 Avril 1935, in *Algérie Médicale*, Décembre 1935).
- J. ANDERODIAS et G. PERY. — Les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 Juillet 1935).
- P. APPLETON. — Management of breech delivery (*Rhode Island M.J.* 16; 1-3 Janvier 1933).
- BAR BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- BENZAKEN. — A propos d'un cas d'hystérectomie basse pour une présentation du siège chez une primipare (Thèse de Lyon, 1934-35).
- BONNARD. — Conduite à tenir dans la dystocie du siège (Thèse d'Alger, 1936-37).
- M. BROUHA et R. BASTIN. — Présentation du siège avec vagin double (*Bruxelles Médical*, N° 40, 2-8-36).
- Présentation du siège avec vagin double (Sté de gynéc. et d'obstétr. Séance du 6 Avril 1935, in la gynécologie et la semaine des prat. réunies, Déc. 1935).
 - Présentation du siège dans un cas de vagin double (*Ligue Médicale*, 21 Juillet 1935, N° 29).
- V. BUE, J. VANVERTS et R. PALLIEZ. — Peut-on améliorer le pronostic de la présentation du siège (La sage-femme de France et des Colonies, Février 1936).
- Peut-on améliorer le pronostic de la présentation du siège ? (*L'Echo médical du Nord*, 12 Janvier 1936).
 - Peut-on améliorer le pronostic de la présentation du siège ? (*L'Echo médical du Nord*, 12 Janvier 1936). Le Répertoire médical pratique, N° 126, Juin 1937, p. 4768).

CHASSAR-NOIR. — Pronostic dans la présentation des fesses (The Lancet, 21 Nov. 1936, p. 1226).

— Pronostic de la présentation des fesses (suite). (The Lancet, 28 Nov. 1936, p. 1285).

P. DELMAS. — La extraccion de nalgas (Ars med. Barcelona 10 ; 121-125 April 1934).

DEMELIN. — La pratique de l'accoucheur en clientèle.

— Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège (Revue Française de gynécologie et d'obstét. 1923).

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.

EZES et ECHEBAT. — Césarienne supra-symphysaire pour œdème aigu du poumon (Soc. d'obst. et de gyn. d'Alger, s. du 14 Décembre 1935, in L'Algérie Médicale, N° 105, Sept. 1936).

FAUGÈRE. — Conduite à tenir dans la présentatoin du siège pendant le travail (Journal de Médecine de Bordeaux, LIX, 1929, 9 Fév.).

GALAN. — Version par manœuvre externe.

M. R. GOLDSTEIN. — Contribution à l'étude de la présentation du siège, statistique de la Maternité de la Pitié de ces 6 dernières années (Thèse de Paris 1936, éd. Le François, Paris).

HEIDLER. — Quel est le danger principal dans la présentation du siège (Wiener Klinik Wochenschrift, 10 Avril 1936, p. 469).

JAHIER. — A propos de 57 cas d'accouchement par le siège (Société d'obst. et de gynéc. d'Alger, séance du 13-2-37, in Bull. de la Soc. d'obs. et de gynéc., N° 8, Oct. 1937).

JEANNIN. — Les traumatismes fœtaux dans l'accouchement par le siège (Concours Médical, 1925).

— La dystocie dans le siège décimoplété, mode des fesses. Journal des Praticiens. Paris, 1934.

J. I. KUSCHNER. — Breech presentation (M.J. and Rec. 138 ; 165-166, 6 Septembre 1933).

A. LAFFONT et H. EZES. — Césarienne supra-symphysaire pour présentation du siège, incliné dans un utérus fibromateux (Soc. d'obst. et de gynéc. d'Alger, séance du 14 Déc. 1935, in L'Algérie Médicale, N° 105, Septembre 1936).

— Césarienne supra-symphysaire, pour présentation du si-

ge incliné dans un utérus fibromateux (Sté d'obst. et de gynéc. d'Alger, séance du 14 Décembre 1935, in Bulletin de la Sté d'obst. Tome 25, N° 6, 1936, page 468).

LANTUEJOL. — Considérations sur l'accouchement par le siège chez la primipare (Leçon du 9 Janvier 1936).

LE LORIER. — La présentation du siège, in « La pratique de l'art des accouchements de Brindeau ».

J. MADON. — Réflexions sur l'extraction du siège décomplété, mode des fesses et en particulier sur l'abaissement prophylactique du pied (Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique, N° 2, 1936, page 88).

H. MARCUS. — Practical details in management of breech presentation in labor (Svenka Lak, tidning 30 ; 1357-1366-15 Décembre 1938).

MAURICEAU. — Traité d'accouchement, Tome II.

MEHTA. — Version externe dans les présentations des fesses (The British medical Journal, 3 Avril 1937, p. 706).

METZGER. — L'accoucheur moderne.

W. H. F. OXLEY. — Breech presentation in general practice (post-Grad. M.J. 9, 285-292, Août 1933).

POTOCKI J. — Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège décomplété mode des fesses. Abaissement artificiel des pieds. (La puériculture, N° 10, 25 Février 1933).

POULAIN. — Etude statistique de la présentation du siège pendant les trois dernières années de la clinique Tarnier (Thèse de Paris, 1926).

D.A. ROJAS. — Nova manobra para desprendimento directo dos hmbros ma deflexao dos bracos (Rev. de Gynéc. et d'Obstét. 27 : 137-150, Avril 1933).

V. RUBESKA. — Experiences with embryosoter in extraction of fetus in breech presentation (Casop. lek Cesk. 72 ; 621-624, 19 Mai 1933).

RUTLER. — Les accouchements par le siège pratiqués à la clinique obstétricale de Strasbourg, pendant les années 1924 à 1934 (Thèse de Strasbourg, 1934-35).

W. E. STUDDFORD. — Présentation du siège (Le Progrès Médical, N° 15, 15 Avril 1933).

SUZOR. — Les difficultés de l'accouchement dans la présentation du siège. *L'Hôpital*, 15 Juin 1927.

TRILLAT. — De l'abaissement des bras par traction sur le tronc. Méthode de Deventer (*Bull. de la Société d'Obstét. et de Gynéc. de Paris*, 1921).

TRILLAT et GAUCHERAND, BELLY. — Dystocie de la tête dernière par inclinaison et rotation de la tête, dans une présentation du siège (*Bulletin Soc. d'Obst. et de Gynéc. Lyon*, Février 1922).

CAMILA VACHER. — Sur la présentation du siège décomplété, mode des fesses, chez les primipares (Thèse de Paris, 1936, L. Rodstein, 17, rue Cujas, Paris).

VAUDESCAL. — Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1930.

VERSTRAETE. — Les dangers et les complications de l'accouchement par le siège et leur traitement (*Bruxelles Médical*, N° 24, 14 Avril 1935).

— Les dangers et les complications de l'accouchement par le siège, et leur traitement (*Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, séance du 3-11-34, in *Bruxelles Médical*, 2 Décembre 1934).

VIGNES. — Présentation du siège (*Progrès Médical*, Paris 1929).

